



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Jaana Sand

TARKISTUSLISTA SEKTIOSALIIN

Sosiaali- ja terveysala
2013

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Jaana Sand
Opinnäytetyön nimi	Tarkistuslista sektiosaliin
Vuosi	2013
Kieli	suomi
Sivumäärä	36 + 2 liitettä
Ohjaaja	Päivi Autio

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia sektioon liittyvä tarkistuslista erään keskussairaalan leikkausosastolle. Opinnäytetyön tavoitteina oli lisätä potilasturvallisuutta, potilaiden yksilöllisyyden huomioimista sekä selkiyttää sektiopotilaan hoitotyötä. Tehtävänä oli selvittää nykytilanne keisarileikkausten tarkistuksissa, millainen on hyvä tarkistuslista sekä tärkeimpänä mitä sektiosalin tarkistuslista sisältää.

Nykyisin keisarileikkaus on turvallinen tapa synnyttää Suomessa. Se tehdään leikkausolosuhteissa, johon liittyy aina riskejä. Hoitohenkilökunnan välinen yhteistyö ja kommunikointi ovat tärkeässä asemassa tulevan äidin sekä vastasyntyneen lapsen hoitotyössä. Potilasturvallisuus toimii hoidon perustana ja on oleellinen osa hyvää hoitoa. Maailman terveysjärjestö WHO julkaisi vuonna 2009 leikkaussalin tarkistuslistan. Tarkistuslistan käytöstä tehtyjen tutkimustulosten mukaan yksinkertaisen tarkistuslistan käyttö alensi leikkauksiin liittyviä infektioita, komplikaatioita ja kuolleisuutta. Tarkistuslistan käyttöönotto lisää potilasturvallisuutta ja oikein käytettynä mahdolliset virheet ja unohdukset saadaan minimoitua.

Opinnäytetyöhön on kerätty aineistoa hoitoalan kirjallisuudesta, hoitotieteellisistä tutkimuksista sekä haastatteleamalla sektioissa työskenteleviä asiantuntijoita. Haastatteluista saatu aineisto on analysoitu induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tutkimuksen edetessä ja haastatteluja tehdessä ilmeni, että nykyinen leikkaussalin tarkistuslista on varsin kattava eikä suuria muutoksia tarvita käytettäessä pohjana WHO:n leikkaustiimin tarkistuslistaa. Suuri osa haastatteluista saaduista tuloksista koski tarkistuksia varsinaisen tarkistuslistan ulkopuolelta. Tavoite kuitenkin saavutettiin ja keisarileikkauksia varten muokattu tarkistuslista valmistui.

ABSTRACT

Author	Jaana Sand
Title	Checklist to Caesarean Section
Year	2013
Language	Finnish
Pages	36 + 2 Appendices
Name of Supervisor	Päivi Autio

The purpose of this practice-based bachelor's thesis was to produce a checklist for caesarean sections to a surgery department in a central hospital. The goal of the thesis was to increase patient safety, to pay attention to patient's individuality and to make the guidelines for nursing a section patient. The task was to find out what the current situation with check- lists is, what a good check- list is like and the most important thing- what is included in a good check- list.

Nowadays caesarean section is a safe way to give birth in Finland. Caesarean section is a surgical procedure, which always includes risks. Cooperation and communication among the nursing staff are very important while taking care of the mother and the newborn baby. Patient safety is the basis for the treatment and it is an essential part of good nursing. In 2009 the World Health Organization (WHO) published a Surgical Safety Checklist. The studies show that using a simple checklist reduces infections, complications and deaths associated with surgery. Introduction of the checklist increases patient safety and when it is used right, possible errors and omissions can be minimized.

Material for this thesis has been collected from the literature, from nursing and caring science studies and by interviewing specialists who work with caesarean sections. The material from the interviews has been analyzed with content analysis method.

The research and interviews showed that the current checklist is relatively comprehensive and no major changes are needed. A large part of the results of the interviews concerned the checkings outside from the actual checklist. However, the purpose of the thesis was achieved and the Checklist for the Caesarean Section was completed.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	8
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET	9
3	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA	10
3.1	SWOT-analyysi.....	11
4	KEISARILEIKKAUS ELI SEKTIO.....	12
4.1	Keisarileikkauksen syyt	13
4.2	Keisarileikkauksen hoitopolku.....	14
4.3	Keisarileikkauksen anestesia	14
4.3.1	Keisarileikkaus puudutuksessa	15
4.3.2	Keisarileikkaus yleisanestesiassa	16
4.4	Vastasyntynyt.....	16
4.5	Näytteenotto sektion jälkeen.....	17
5	POTILASTURVALLISUUS – HOITOTYÖN PERUSTA	18
5.1	Potilasturvallisuuden määrittelyä.....	18
5.2	Potilasturvallisuuden edistäminen	20
6	TARKISTUSLISTA.....	21
6.1	Tarkistuslistan sisältö.....	22
6.2	Tarkistuslistan käyttö ja käyttöönotto	22
7	PROJEKTIN TOTEUTUS	24
7.1	Projektin aikataulu	24
7.2	Aineistonkeruuna teemahaastattelu	24
7.3	Sisällönanalyysi	25
8	TUTKIMUSTULOKSET.....	27
8.1	Nykytilanne.....	27
8.1.1	Yleistä toiminnasta.....	27
8.1.2	Tarkistuslistan käyttö	27
8.1.3	Muu tarkistaminen	28
8.2	Sektiosalissa ilmenneitä ongelmia	28
8.2.1	Raportointi	28

	5
8.2.2 Näytteenotto	29
8.2.3 Muut ongelmat sekä epäselvyydet	29
8.3 Tarkistuslista	29
8.3.1 Tarkistuslistan jaottelu	29
8.3.2 Tarkistuslistan sisältö	30
9 SEKTION TARKISTUSLISTAN TUOTTAMINEN	31
10 POHDINTA	32
10.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	32
10.2 Opinnäytetyön prosessin arviointi	33
10.3 Jatkotutkimusaiheet	34
LÄHTEET	35
LIITTEET	

KUVIOLUETTELO

Kuvio 1.	SWOT-analyysi omalle opinnäytetyölle	s. 11
Kuvio 2.	Potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet	s. 16

LIITELUETTELO

LIITE 1. Teemahaastattelun runko

LIITE 2. Tarkistuslista sektiosaliin

1 JOHDANTO

Maailmanlaajuisesti tehdään arviolta 234 miljoonaa kirurgista toimenpidettä vuodessa. Varovasti arvioiden inhimillisistä tekijöistä johtuen näistä vammautuu seitsemän miljoonaa ja kuolee miljoona ihmistä. Inhimillisiä virheitä voi tapahtua kenelle vain, ja näistä komplikaatioista ja kuolemista onkin estettävissä arviolta noin puolet. Maailman terveysjärjestö WHO käynnisti vuonna 2007 ohjelman potilasturvallisuuden lisäämiseksi ja leikkaushaittojen vähentämiseksi ja tämän ohjelman tuotoksena syntyi tarkistuslista leikkaustiimin tueksi. Tavoitteena oli luoda väline, jota kaikki voivat käyttää. (Ikonen & Pauniahio 2010, 108; Pesonen 2011, 18.)

Suomessa syntyy keisarileikkauksella noin kuusitoista prosenttia lapsista. Luku on ollut viime vuosina kasvussa Suomessa ja muualla maailmassa. Synnytyksen ollessa käynnissä, voidaan joskus joutua turvautumaan päivystykselliseen keisarileikkaukseen erinäisistä syistä. Päivystyksellisiä keisarileikkauksia on noin puolet kaikista sektioista, loput ovat ennalta suunniteltuja eli elektiivisiä. (Uotila 2009, 490.)

Potilasturvallisuus on hyvän hoidon perusta. Siihen vaikuttavat monet tekijät, joista yhtenä tärkeimpiä ovat tiedon kulku ja kommunikointi. Leikkausolosuhteissa hoitotiimin tulee keskustella keskenään ja huomioida potilaan yksilölliset tarpeet. Tarkistuslista lisää tiimityöskentelyä ja auttaa kitkemään mahdollisia virheitä ja läheltä piti tilanteita pois. Tulokset tarkistuslistan käytöstä ovat huikeita.

Tämän työn tarkoituksena oli laatia tarkistuslista leikkaussaliin, jossa tehdään keisarileikkauksia. Päättävänä oli potilasturvallisuuden lisääminen yksilölliset tarpeet huomioon ottaen. Aineisto työhön saatiin tutkitun teorian lisäksi haastatteleamalla asiantuntijoita.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tarkistuslista leikkausosastolle sektioon tulevan potilaan hoidosta. Tarkistuslistassa käsitellään sektioon tulevan potilaan hoitotyötä leikkauksen ympärillä. Tarkistuslista on tarkoitus olla laminoituna tauluna leikkaussalin seinällä sekä anestesiapöydällä.

Opinnäytetyön tehtävänä on selvittää:

- Millainen tarkistus on tällä hetkellä sektiosalissa?
- Millainen on hyvä tarkistuslista?
- Millainen on sisällöltään sektiosalin tarkistuslista?

Työn tavoitteena on lisätä potilasturvallisuutta, potilaiden yksilöllisyyden huomioimista sekä selkiyttää sektiopotilaan hoitotyötä. Tavoitteena on myös lisätä synnyttäneiden vuodeosaston hoitohenkilökunnan sekä leikkausosaston henkilökunnan välistä yhteistyötä. Leikkaussalissa sektioon tulevan potilaan kanssa työskentelevien olisi helppo tarkistaa taulusta asiat, jotka on muistettava sektiopotilaan hoitotyössä.

Omana oppimistavoitteenani on saada lisää tietoa tulevaan ammattiini perioperatiiviseen hoitotyöhön suuntautuneena sairaanhoitajana sekä kehittyä projektityön tekemisessä ja kriittisessä tiedonhaussa.

3 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA

Projekti on tietyllä panoksella tulokseen pyrkivä kokonaisuus ja sille on tehty oma aikataulu. Jokaisella projektilla on määritellyt tavoitteet, se on kertaluontoinen ja kestoaltaan rajattu. Tavoitteiden tulee olla selkeät ja realistiset ja olla juuri sille lopputulokselle laaditut, johon pyritään. Myös aikataulun tulee olla realistinen ja selkeä. Hyvä projekti on oppiva prosessi. Hyvää projektitoimintaa ei aina ole suunnitelman täsmällinen noudattaminen, vaan suunnitelma voi muuttua ja täten opitaan uusia asioita. (Silfverberg 2007, 5-10.)

Ensimmäinen projektin vaihe on ideointi ja määrittely eli esisuunnitteluvaihe. Nelikenttäanalyysiä (SWOT-analyysi) voi käyttää yhtenä työmenetelmänä tässä vaiheessa. Tämän jälkeen alkaa suunnitteluvaihe, johon kuuluu selvittää miksi projekti toteutetaan, mihin sillä pyritään ja mitkä ovat projektin tavoitteet ja sisältö. Yritetään vastata siihen mitä pitäisi saada aikaiseksi sekä miten projekti toteutetaan. Suunnittelun jälkeen on projektin toteutus ja lopuksi on projektin päättämisen vuoro. Seuranta ja raportointi ovat tärkeä osa projektia. Arviointi on jatkuva prosessi läpi projektin kulun. (Silfverberg 2007.)

Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu tekeminen, lukeminen, ajatteleva sekä kirjoittaminen. Toiminnallisessa opinnäytetyössä opiskelija tuo esiin oman ammatillisen ja teoreettisen osaamisensa. Ohjaus on vahvasti läsnä koko toiminnallisen opinnäytetyön prosessin ajan. Prosessiin kuuluu ideataso, jossa mietitään ja asetetaan tavoitteet, kohderyhmä, teoreettinen viitekehys sekä keinot, joiden mukaan toimitaan. Omaan työhön sitoudutaan ja tuotetaan toimintasuunnitelma. Aineistoa voi hankkia esimerkiksi haastattelemalla, kyselyillä tai havainnoinnilla. Aineisto tulee lopuksi analysoida. Tulokset ja toiminnallisen opinnäytetyön tuote raportoidaan tekstiversiossa. Viimeistelyvaiheeseen kuuluvat kieliasun ja rakenteen hiominen. (Vilkkä & Airaksinen 2003.)

3.1 SWOT-analyysi

SWOT on lyhenne englannin kielen sanoista Strengths eli vahvuudet, Weaknesses eli heikkoudet, Opportunities eli mahdollisuudet sekä Threats eli uhat. Tämä nelikenttäanalyysiksiin kutsuttu väline on tärkeä analysoitaessa oppimista ja sen toimintaympäristöä kokonaisuutena. SWOT-analyysi tulisi tehdä ennen projektin toteuttamista, koska sen avulla voidaan ohjata prosessia ja tunnistaa mahdollisia kriittisiä kohtia. (Opetushallitus 2013.)

SWOT-analyysi jaetaan sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin. Sisäisiä tekijöitä ovat vahvuudet sekä heikkoudet. Ulkoisia tekijöitä ovat mahdollisuudet ja uhat. SWOT-analyysin tuloksia ei tulisi pitää velvoittavina ohjeina vaan suuntaa antavina asioina. (Opetushallitus 2013)

Kuviossa 1 esitellään tämän opinnäytetyön SWOT-analyysi.

VAHVUUDET <ul style="list-style-type: none"> - Opinnäytetyön aiheen mielekyys - Motivaatio lähteä työstämään projektia 	HEIKKOUEDET <ul style="list-style-type: none"> - Ajan puute - Muuttuvan elämäntilanteen vaikutukset työskentelyyn - Henkilökunnan halukkuus osallistua haastatteluihin
MAHDOLLISUUDET <ul style="list-style-type: none"> - Lopputulos, jota voi hyödyntää käytännön työssä - Potilasturvallisuuden parantuminen leikkaussalissa - Tiimityön vahvistuminen 	UHAT <ul style="list-style-type: none"> - Aikataulujen pettäminen - Aikataulujen yhteensovittaminen haastateltavien kanssa - Tarkistuslistan käyttämättömyys

KUVIO 1. SWOT-analyysi omalle opinnäytetyölle

4 KEISARILEIKKAUS ELI SEKTIO

Synnytys voi tapahtua synnyttämällä alateitse tai joissain tapauksissa päädytään keisarileikkaukseen. Synnyttäminen alateitse jaetaan kolmeen vaiheeseen; avautumis-, ponnistus- ja jälkeisvaiheeseen. Keisarileikkaus eli sektio on toimenpide, jossa lapsi syntyy leikkausolosuhteissa äidin vatsanpeitteiden ja kohdun seinämän läpi. Tämä toimenpide voidaan suorittaa suunnitellusti eli elektiivisenä sektiona tai synnytyksen jo ollessa käynnissä päivystyksellisenä leikkauksena eli kiireellisenä sektiona tai hätäsektiona. (Hautaniemi, Ilola, Linden & Suovanen 2010, 18.)

Suomalaisista lapsista noin 16 % syntyy keisarileikkauksella (Uotila 2009, 490). Syitä keisarileikkaukseen ei ole aina helppo erotella. Ne voivat johtua joko äidistä, sikiöstä tai molemmista. (Eskola & Hytönen 2008, 234.)

Kaikista synnytyksistä keisarileikkausten osuus on kasvanut Suomessa. Noin puolet keisarileikkauksista on suunniteltuja. Nykyisin keisarileikkaus on turvallinen tapa syntyä ja synnyttää, koska synnytyksiä on keskitetty suuriin sairaaloihin ja anestesiamenetelmät ovat kehittyneet. (Uotila 2009, 490; Eskola & Hytönen 2008, 234.)

Ennen synnyttämään tuloa hyvissä ajoin pyritään tekemään synnytystapa-arvio. Päädyttäessä keisarileikkaukseen, voidaan tulevaa äitiä huolellisesti valmistaa tulevaan toimenpiteeseen. Samalla varmistetaan, että tarpeellinen henkilökunta on hänen ja vastasyntyneen lapsen käytettävissä. Lapsella ollessa jonkinlainen hätä tai jos synnytys pitkittyy, päädytään usein tekemään päivystysleikkaus eli kiireellinen tai hätäsektio. Kiireestä huolimatta synnyttäjää pyritään valmistamaan leikkaukseen hyvin leikkauskomplikaatioiden välttämiseksi. (Eskola & Hytönen 2008, 234.)

4.1 Keisarileikkauksen syyt

Indikaatiot keisarileikkaukselle voidaan jakaa absoluuttisiin eli ehdottomiin ja relatiivisiin eli suhteellisiin, joista absoluuttiset syyt ovat nykyisin harvinaisia. (Eskola & Hytönen 2008, 234; Uotila 2009, 490.) Uotilan (2009) mukaan tällä luokituksella ei ole käytännön merkitystä, koska monet alun perin relatiivisista indikaatioista mielletään nykyään absoluuttisiksi. Periaatteessa absoluuttinen indikaatio sektiolle on sellainen, että keisarileikkaus on ainoa vaihtoehto kuoleman uhalla. Näitä ovat muun muassa täydellinen etisistukka, selvä sikiön ja lantion välinen epäsuhta sekä sikiön poikkitila. (Uotila 2009, 490.) Ehdottomia keisarileikkauksen aiheita ovat myös äidin aktiivivaiheen genitaaliherpes sekä vaikea-asteinen diabetes. (Eskola & Hytönen 2008, 235.) Nykyisin suhteellisia syitä on tullut yhä enemmän ja ne ovat enemmän tai vähemmän relatiivisia, kuten sikiön asfyksia, sikiön perätila, aikaisempi kohtuun kohdistunut leikkaus tai äidin synnytyspelko. (Eskola & Hytönen 2008, 235; Uotila 2009, 490.)

Elektiiviseen sektioon päädytään virhetarjonnan, epäsuhtan, aiemman keisarileikkauksen, varhaisen pre-eklampsian tai muiden äidin sairauksien tai pelkojen takia. Tavallisimpia syitä päivystykselliseen keisarileikkaukseen ovat dystokia eli vaikea synnytys, virhetarjonnat ja sikiön ahdinko. (Uotila & Tuimala 2011, 472.) Myös synnytyksen pitkittyminen tai pysähtyminen, kohdun repeämä sekä istukan ennenaikainen irtautuminen ovat indikaatioita päivystykselliselle keisarileikkaukselle. (Uotila 2009, 491.) Jouko Kähkösen (2011) mukaan yleisin syy hätäsektiopäätökseen on lapsen henkeä uhkaava hapenpuute kohdussa. Syitä tähän voi olla napanuoran kiertyminen, virheasento ja puristuminen synnytyskanavaan. Syynä voi olla myös verenvuoto-ongelmat, mutta ne ovat paljon harvinaisempia, joskin niiden hoitoon tulee varautua. (Kähkönen 2011, 6.)

4.2 Keisarileikkauksen hoitopolku

Tuleva äiti saapuu sairaalaan vuodeosastolle suunniteltuun sektioon joko edellisellä iltana tai varhain leikkauspäivän aamuna. Leikkausvalmisteluihin kuuluu anestesiatarkistuksen tarkistus ja muun muassa veriryhmän sekä Rh-tekijän huomiointi. Alkuhaastattelun yhteydessä kysytään nimiehdotuksia hätäkasteen varalle. Varmistetaan, että äiti on ollut syömättä vähintään 6 tuntia ennen leikkausta. Tarvittaessa annetaan peräruiske. Äiti käy suihkussa ja pesee varsinkin vatsan ja navan alueen huolellisesti. Leikkauspaita vaihdetaan päälle ja äiti juo mahan sisältöä neutraloivaa lääkettä aspiraatoriskin vähentämiseksi. Hoitaja laittaa äidille virtsakatettrin, jotta rakko pysyy tyhjänä ja toisaalta virtsaaminen ei aiheuttaisi vaikeuksia leikkauksen jälkeen nestehoidon aikana. (Uotila 2009, 490-492; Eskola & Hytönen 2008, 236.)

Synnyttäjää saatetaan leikkaussaliin ja tarvittaessa leikkaustasolle asti. Sikiön vointia seurataan ja hyvinvointi varmistetaan. Leikkaussalin henkilökunnalle annetaan riittävä informaatio potilaasta ja hänen tilanteestaan. Potilaan henkinen hyvinvointi on tärkeää huomioida ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen. Potilasta tulee tiedottaa sektioon johtaneista syistä, sikiön voinnista, leikkauksen kulusta ja jälkihoidosta. (Uotila 2009, 492.)

Äiti siirretään heräämöhön tarkkailuun leikkauksen jälkeen noin kahdeksi tunniksi, riippuen äidin voinnista. Synnyttäjän yleistila huomioidaan ja lisäksi seurataan kohdun supistumista, verenvuotoa leikkaushaavasta ja emättimestä. Äidin kiputunteja myös seurataan. (Eskola & Hytönen 2008, 237.) Heräämöstä äiti siirtyy takaisin vuodeosastolle odottamaan kotiutumista.

4.3 Keisarileikkauksen anestesia

Keisarileikkaus voidaan tehdä joko puudutuksessa tai yleisanestesiassa, riippuen onko kyseessä suunniteltu, kiireellinen tai hätäsektio. Myös äidin vointi ja toiveet, synnytyksen vaihe sekä muut pääsääntöisesti lääketieteelliset seikat vaikuttavat anestesiamuodon valintaan.

4.3.1 Keisarileikkaus puudutuksessa

Tavallisin anestesianmuoto keisarileikkausta varten on puudutus. Puudutus mahdollistaa äidin ilmäteiden auki pysymisen ja aspiraation riski pienenee, koska nielun suojarefleksit säilyvät. Lapseen imeytyvä lääkemäärä ja vaikutus on hyvin vähäinen puudutuksessa. Sympaattisen hermoston salpaus liittyy puudutuksiin ja sen seurauksena on lähes kaikilla synnyttäjillä verenpaineen lasku. (Laisalmi-Kokki 2009, 13.)

Puudutuksista *spinaalipuudutus* on yleisin anestesianmuoto sektioon Suomessa. Se on luotettava, nopea ja tarjoaa hyvän kivunlievityksen leikkausta varten. Potilaalta seurataan sykettä, happisaturaatiota ja verenpainetta säännöllisesti. Lapsen syntymään asti käytetään pientä happilisää, 2l/min. (Laisalmi-Kokki 2009, 13.)

Epiduraalipuudutusta voidaan käyttää päivystysleikkauksissa, kun synnyttäjällä on valmiiksi paikallaan oleva epiduraalikatetri. Epiduraalipuudutuksessa käytetyt lääkkeet ovat huomattavasti vahvempia kuin synnytyskivun lievityksessä käytetyt. (Sarvela & Volmanen 2012.)

Epiduraalipuudutusta käytetään kuitenkin Laisalmi-Kokin (2009) mukaan vähän. Verenpainevaikutukseltaan epiduraali on tasaisempi, mutta toisaalta puudutuksen kehittyminen vie aikaa noin 20- 30 minuuttia ja tarvittava puudutemäärä on suurempi ja myös toksisten reaktioiden riski suurempi kuin spinaalipuudutuksessa. (Laisalmi-Kokki 2009, 14.)

Yhdistelmäpuudutus (spinaali-epiduraali) on myös mahdollinen sektioanestesianmuoto. Tällöin saavutetaan molempien puudutusten hyödyt. (Laisalmi-Kokki 2009, 14.) Yhdistetyssä puudutuksessa voidaan yhdistää spinaalipuudutuksen nopeus ja toisaalta puudutusta voidaan jatkaa tarvittaessa pidempään tai hoitaa leikkauksen jälkeistä kipua epiduraalikatetrin kautta annettavalla kipulääkeinfuusiolla. (Sarvela & Volmanen 2012.)

4.3.2 Keisarileikkaus yleisanestesiassa

Hätäkeisarileikkauksien anestesiamuotona käytetään yleisesti yleisanestesiaa (Laisalmi-Kokki 2009, 14). Se voidaan toteuttaa nopeasti ja luotettavasti. Leikkauksen turvallisuus on kehittynyt huomattavasti, vaikka kuitenkin hätäsektioanestesiaan liittyy korkeampi aspiraatoriski. (Kähkönen 2011, 7.)

Äidin valmistelu ennen nukutusta on samanlainen kuin ennen puudutusta. Leikkaustason kallistus tulee muistaa myös nukutuskeisarileikkauksessa. (Laisalmi-Kokki 2009, 14.) Äitiä esihapetetaan riittävästi. Ilmateiden hallintaan ja massiiviverenvuotoon liittyvät hoitovälineistöt tulee olla saatavilla välittömästi. Induktio suoritetaan nopeasti ja siitä johtuen anestesian aikainen hereillä oloriski on suurempi hätäsektioissa kuin muissa toimenpiteissä. (Kähkönen 2011, 7.) Äitiä monitoroidaan kuten puudutuksissa, mutta tilanteen salliessa tulee potilaalle asettaa anestesia- ja relaksaatiomonitorointi (Laisalmi-Kokki 2009, 14).

4.4 Vastasyntynyt

Vastasyntyneellä on lain mukaan oikeus hyvään hoitoon. Hänellä on oikeus saada apua hengenvaarassa ja hoidon tulee olla hänen etunsa mukaista sekä perustua parhaaseen mahdolliseen tietoon. (Käypä hoito 2013.)

Kun lapsi syntyy, alkaa adaptaatiovaihe, jolloin vastasyntyneen hengitys käynnistyy ja verenkierrossa tapahtuu huomattavia muutoksia. Sikiötä valmistaa adaptaatiovaiheeseen stressi, joka kuuluu normaaliin synnytykseen. Lapsen syntyessä keisarileikkauksella adaptaatiovaiheeseen voi liittyä ongelmia. Syntymään liittyvä normaali hormonipitoisuuksien suureneminen puuttuu, keuhkoneste voi poistua hitaasti tai keuhkovaltimopaine laskea hitaasti. Tämän vuoksi vastasyntynyttä on seurattava tarkasti alussa, ettei adaptaatiohäiriöstä pääse kehittymään vakavampaa tilaa. (Fellman & Järvenpää 2013) Lapsiveden ollessa vihreää, tulee lapsen hengitystiet imeä puhtaiksi jo leikkauspöydällä ja hengityksen seuraamista jatketaan. (Uotila 2009, 493).

Ruotsalaistutkimuksen mukaan napanuoraa ei kannata katkaista heti. Tutkimuksissa oli selvinnyt, että jos napanuora oli katkaistu aikaisintaan kolmen minuutin

kuluttua syntymästä, oli nelikuisilla vauvoilla suurempi ferritiiniarvo ja harvemmin raudanpuutosta. Tutkijoiden suositus oli napanuoran katkaisun viivyttäminen. Tämä koski myös maita, joissa lasten raudanpuutosanemia on harvinainen. (Vierula 2011.)

Kätilön tärkeä tehtävä on lapsen voinnin seuraaminen ensi tunteina. Kätilö tarkistaa ulkoisesti lapsen ja seuraa hänen vointiaan ja vitalitoimintojaan. Vastasyntyneen vointia arvioidaan käyttäen apuna muun muassa Apgarin pisteitä, joilla arvioidaan sykettä, hengitystä, lihasjänteveyttä, ärtyvyyttä sekä väriä. (Fellman & Järvenpää 2013.) Heti syntymän jälkeen tulee huolehtia vastasyntyneen lämpötaloudesta. Lapsi ei saa altistua kylmästressille. Ennenaikaiset tai huonokuntoisina syntyneet vauvat ovat erityisen alttiita viilenemiselle. Vastasyntynyt kuivataan ja suojataan vedolta. (Käypä hoito 2013.)

4.5 Näytteenotto sektion jälkeen

Lapsen ulosauton jälkeen napanuorasta otetaan verinäytteet, joista tutkitaan verikaasuartervot mahdollisen akuutin asfyksian arvioimiseksi (Fellman & Järvenpää 2013). Verikaasuanalyysi voidaan ottaa laskimoverestä sekä valtimoverestä. Tutkimuksia tehdään happoemästasapainon ja kudosten hapetustilan häiriöiden toteamiseksi sekä hoidon seurannan vuoksi. (HUS 2013.) Myös mahdollista kilpirauhasen puutteellista toimintaa arvioidaan. Äidin ollessa Rhesusnegatiivinen napa-laskimoverestä määritetään lapsen veriryhmä sekä Rhesustekijä. (Fellman & Järvenpää 2013.)

5 POTILASTURVALLISUUS – HOITOTYÖN PERUSTA

Haattatapahtumilta ei voida välttää. Viime vuosien näytön mukaan potilailla, jotka olivat sairaalahoidossa Suomessa, 5-10 %:lla ilmenee hoitoon liittyvä haattatapahtuma. Näistä 1 %:lla haatta on vakava-asteinen. Eniten korvaukseen johtaneita hoitovahinkoja tapahtui potilasvahinkokeskuksen mukaan leikkaus- ja anestesiatoimenpiteiden yhteydessä. (Niemi-Murola & Mäntyranta 2011, 21.) Euroopan unionin sisällä haattatapahtumille altistuneiden potilaiden määrä on 8-12 % (European Commission 2013). Haattatapahtumien välttämiseksi on Suomessa osittain otettu käyttöön Maailman terveysjärjestö WHO:n kehittänyt tarkistuslista (Niemi-Murola & Mäntyranta 2011, 21).

Kirurgia on kiinteä osa terveydenhuoltoa. Maailmassa tehdään arviolta 234 miljoonaa leikkausta vuosittain ja niitä tehdään joka yhteisössä, niin varakkaissa kuin köyhissä maissa, maaseudulla ja kaupungeissa. Komplikaatioiden riskeistä on huonosti tietoa eri puolilla maailmaa. Tilastot kuitenkin kertovat, että leikkauksista 0,4 - 0,8 % ovat olleet kuolemaan johtaneita ja vakavia komplikaatioita on esiintynyt 3-17 %. Tutkimusten mukaan jopa puolet haattatapahtumista olisi estettävissä. (Haynes, Weiser, Berry, Lipsitz, Breizat, Dellinger, Herbosa, Joseph, Kibatala, Carmela, Merry, Moorthy, Reznick, Taylor & Gawande 2009.)

5.1 Potilasturvallisuuden määrittelyä

Potilasturvallisuus on pohja hoitotyölle. Inhimilliseen toimintaan kuuluu virheitä eikä vahingoilta voi välttää. Työtä potilasturvallisuuden parantamisen eteen tehdään ympäri maailmaa. Maailman terveysjärjestö WHO tekee tutkimuksia ja tilastoi haattatapahtumia sekä pyrkii maailmanlaajuisesti tukemaan turvallista potilastyötä. Suomessa laki määrittelee potilaiden oikeuksia ja turvaa. Sosiaali- ja terveysministeriö sekä Terveiden ja hyvinvoinnin laitos tuottavat omia projektejaan potilasturvallisuuden edistämiseksi.

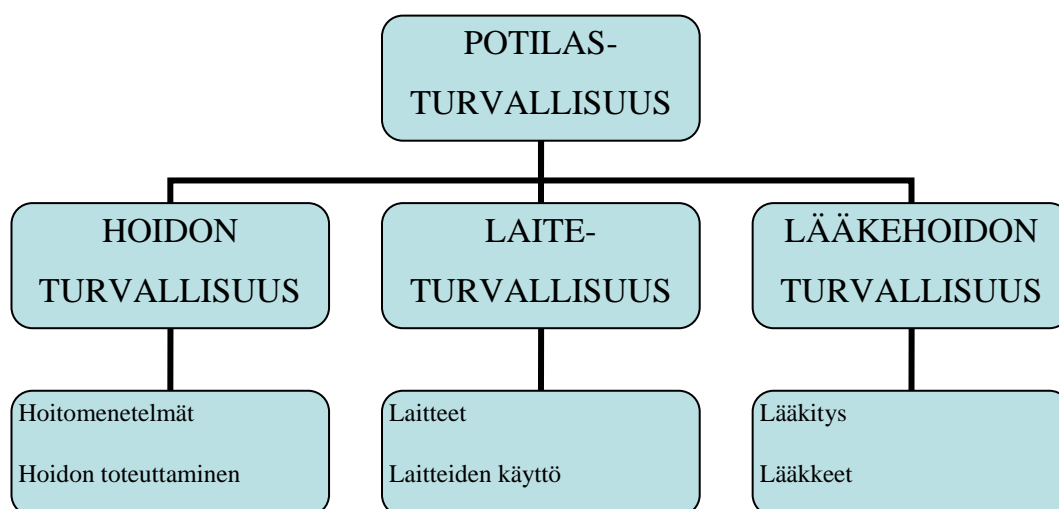
Maailman terveysjärjestö WHO on tehnyt potilasturvallisuusoppaan (2011), johon on koottu määritelmät asiasisällöille ja termeille, jotka ovat yhteydessä potilasturvallisuuteen. WHO määrittelee potilaan henkilöksi, joka saa terveydenhoitoa.

Turvallisuus käsitetään tarpeettoman haitan alentamisena hyväksyttävään vähimmäismäärään, jossa haitta on kehon rakenteen tai toiminnan vika, jolla on haitallinen vaikutus. Haitta käsittää taudin, loukkaantumisen, kärsimisen, vamman tai kyvyttömyyden sekä kuoleman. (WHO 2013.)

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL 2013 a) määrittelee potilasturvallisuuden tarkoittavan terveydenhuollossa toimivien yksiköiden ja organisaation periaatteita ja toimintoja. Niiden tarkoituksena on suojata potilasta vahingoittumasta sekä varmistaa hoidon turvallisuus. Potilasturvallisuus on potilaan näkökulmasta hoidon toteutumista oikeaan aikaan, oikealla tavalla sekä hoitomuoto on oikea eikä siitä aiheudu haittaa. (THL 2013 a.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan potilasturvallisuutta on hoito, josta ei vahingon, erehdyksen, unohduksen tai lipsahduksen vuoksi aiheudu vaaraa. Hoitoyksikössä on omat periaatteensa, käytäntönsä sekä hyviä prosesseja, joiden avulla riskejä ja vaaratilanteita voidaan ennakoida ja estää. Potilasturvallisuus kuuluu jokaiselle hoitotyössä olevalle. (THL 2013 a.)

Potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet ovat hoidon turvallisuus, lääkehoidon turvallisuus sekä lääkinnällisten laitteiden turvallisuus (THL 2013 a). Käsitteet ovat eritelty seuraavassa kuviossa (**Kuvio 2**).



KUVIO 2 Potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet (THL 2013 a)

5.2 Potilasturvallisuuden edistäminen

Lääketieteen kehittymisen myötä terveydenhuollossa ja sen toimintaympäristöissä tapahtuu jatkuvasti potilasturvallisuuteen vaikuttavia monenlaisia muutoksia. Uudet lääkkeet ja teknologiat ovat entistä vaikuttavampia, mutta entistä korkeampia vaatimuksia aiheuttaa niiden hallittu ja oikea käyttö. Erehtyminen on mahdollista kaikessa inhimillisessä toiminnassa, joten kaikissa terveydenhuollon toimintayksiköissä tapahtuu virheitä. (THL 2011 a.)

Hoitoprosessit ja palvelujärjestelmät ovat pirstaleisia ja vaikeuttavat osaltaan potilaskeskeistä ja turvallista hoidon toteutumista. Työntekijöitä on vähän ja vaihtuvuus nopeaa, joka myös vaikuttaa turvalliseen hoitotyöhön. Virheitä saattaa tapahtua etenkin tiedonkulun yhteydessä. Nykyiset sähköiset potilasasiakirjajärjestelmät eivät ole parhaita mahdollisia potilasturvallisuuden seurannassa ja edistämisessä. (THL 2011 a.)

Useissa maissa tehtyjen potilasturvallisuustutkimusten arvioiden mukaan sairaalapotilaista joka kymmenes saa haittaa, joka sadas saa vakavan haitan ja yhdellä tuhannesta haitta tai virhe voi johtaa kuolemaan. Suomessa ei ole vastaavia tutkimuksia tehty, mutta verraten muihin maihin Suomen sairaaloissa voi kuolemaan johtavia hoitovirheitä tapahtua 700-1700 vuodessa. Kuolemaan johtavia liikenneonnettomuuksia on vähemmän kuin hoitovirheistä johtuvia kuolemia. (THL 2011 a.)

Terveydenhuoltolaissa (L30.12.2010/1326) 8 §:ssä on määritelty laatua ja potilasturvallisuutta. Toiminnan terveydenhuollossa tulee perustua näyttöön ja hyviin hoitokäytäntöihin. Sen on myös oltava turvallista, laadukasta sekä asianmukaisesti toteutettua. Laki edellyttää, että terveydenhuollon toimintayksiköiden on tehtävä suunnitelma laadunhallinnasta sekä potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa on huomioitava suunnitelmassa. (L30.12.2010/1326)

6 TARKISTUSLISTA

Tarkistuslistoilla pyritään parantamaan potilasturvallisuutta. Tarkistuslistan ideana on estää riskitilanteiden ja komplikaatioiden syntymistä yksinkertaisilla keinoilla. Maailman terveysjärjestö WHO on toiminut edelläkävijänä tarkistuslistojen tunnetuksi saattamisessa. Tarkistuslista koostuu kolmesta vaiheesta: Alkutarkistuksesta, aikalisästä sekä lopputarkistuksesta. WHO:n alkuperäinen tarkistuslista on muokattavissa jokaiseen sitä tarvitsevaan hoitotyön yksikköön soveltuvaksi.

Maailman terveysjärjestö WHO käynnisti vuonna 2007 kirurgiaan liittyvien komplikaatioiden vähentämiseen tähtäävän kampanjan (Pesonen 2011, 18). Ajatuksena oli määritellä maailmanlaajuisesti sovellettavat miniohjeet kirurgiselle hoidolle (Kymäläinen 2009, 4). Vuonna 2008 syntyi tarkistuslista, jonka avulla voidaan tarkistaa potilasturvallisuuteen vaikuttavia seikkoja leikkaussalissa. Tarkistuslistan ideana on yksinkertaisilla keinoilla estää riskitilanteiden ja komplikaatioiden syntymistä. (Pesonen 2011, 18.)

Mallia WHO:n tarkistuslistaan on otettu ilmailusta, jossa tarkistuslistat ovat olleet käytössä jo vuosikymmenten ajan. Suunnitteluun osallistui anestesiologeja, kirurgeja, hoitajia sekä turvallisuusasiantuntijoita, joiden tuotoksena kehitettiin 19-kohtainen tarkistuslista. Lista pilotoitiin kahdeksassa keskuksessa eri puolilla maailmaa, niin korkean teknologian kuin matalankin tulotason maissa. (Ikonen & Pauniahho 2010, 108.) Lokakuusta 2007 syyskuuhun 2008 tutkittiin WHO:n toimesta tarkistuslistan vaikutuksia komplikaatioiden määrään sekä kuolleisuuteen kahdeksassa kaupungissa: Torontossa, New Delhissä, Ammanissa, Auclandissa, Manilassa, Ifakarassa, Lontoossa sekä Seattelessa. Vuonna 2009 tulokset kertoivat tarkistuslistan käyttöön oton jälkeen kuolleisuuden laskeneen 1,5 %:sta 0,8 %:iin. Leikkausten jälkeiset komplikaatiot vähenivät keskimäärin 36 %. (Haynes ym. 2009.)

6.1 Tarkistuslistan sisältö

Tarkistuslista on jaettu selkeästi kolmeen vaiheeseen: *alkutarkistukseen* eli seikat ennen potilaan puudutusta tai nukuttamista, *aikalisään* eli seikat juuri ennen leikkauksen alkua sekä *lopputarkistukseen* eli leikkauksen jälkeisiin seikkoihin. Tarkistuslistaa käyvät läpi sekä hoitaja, anestesioologi että kirurgi, joka vahvistaa eri ammattiryhmien välistä kommunikaatioita ja tiimityöskentelyä. (Ikonen & Pouniaho 2010, 108; Pesonen 2011, 18.)

Leikkaustiimin tarkistuslista on helppokäyttöinen, halpa ja laadukas potilasturvallisuuden työkalu leikkauksissa. Jokaisella leikkauksessa olevalla on vastuu leikkauksen turvallisesta ja toteutumisesta, kuitenkin yhden henkilön tulee olla vastuussa tarkistuslistan läpikäymisestä. Lista on suunniteltu yksinkertaiseksi ja lyhyeksi ja sen kattavan käytön voidaan olettaa vähentävän leikkauskomplikaatioita sekä niistä aiheutuvia kustannuksia. Sen hyödyt on osoitettu niin suomalaisessa tutkimuksessa kuin kansainvälisestikin. (Kangasmäki 2010, 11-13; Ikonen & Pouniaho 2010, 111.)

6.2 Tarkistuslistan käyttö ja käyttöönotto

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM 2013) on laatinut oppaan tarkistuslistan käytöstä, johon on pohjana käytetty vapaasti soveltaen WHO:n Surgical Safety Checking listan ohjetta. STM määrittää leikkaustiimin jäsenien olevan leikkaava lääkäri, anestesioologi, hoitajat, tekninen henkilöstö sekä muu leikkaussalihenkilökunta. Tiimin jäsenet ovat kaikki leikkauksen toteutumiseen osallistuvia henkilöitä, joilla jokaisella on vastuu potilaan hoidon onnistumisesta. (STM 2013.)

Eri hoitotyön yksiköt voivat toteuttaa tarkistuslistaa omaan ympäristöönsä soveltamalla tavalla. Sitä voi muokata eri yksiköiden tehtävien, tarpeiden sekä kulttuurin mukaan. Tarkistuslistaan voi lisätä tietyille yksilölle tai toimenpiteelle tärkeitä tarkistusvaiheita, koska tarkistuslista ei ole kaiken kattava. Tulisi olla yksi vastuuhenkilö, joka varmistaa että kaikki tarkistuslistan kohdat käydään läpi ja kirjataan. (STM 2013.)

Tarkistuslistan käyttöön ottaminen voi vaatia harjoittelua, ja joidenkin mielestä se voi olla rasitus tai kokea tarkistuslistan ajanhukkana. Tarkoituksena ei ole vaikeuttaa työtä, vaan varmistaa potilasturvallisuuden pysyvyyttä sekä luoda ja säilyttää kulttuuri, joka tavoittelee turvallisuutta. Tarkistuslistan tulisi olla lyhyt ja ytimekäs tiimityön parantaja, yksi työkalu hoitotyölle. (STM 2013.)

Tarkistuslistan onnistunut käyttöönotto on monen tekijän summa. Tarkistuslistalle tulee olla tarve sen käyttöönottoon. Projektin vetäjän tulee olla innostunut, ja järjestää kaikille mahdollisuuden tutustua tarkistuslistan käyttöön. Sitoutuminen uuteen asiaan on tärkeää. Yhteisesti sovitut pelisäännöt ovat osa projektia ja palautteen antaminen vievät asiaa eteenpäin. (THL 2013 b.)

7 PROJEKTIN TOTEUTUS

Opinnäytetyön aiheen suunnittelu alkoi syksyllä 2012. Samaan aikaan haettiin myös aiheelle lupa Vaasan ammattikorkeakoulun hoitotyön osastonjohtajalta. Lopullinen aihe valikoitui joulukuussa 2012. Toimintasuunnitelmaa tehdessä työlle määrittyi tarkoitus, tavoitteet ja aikataulu. Teoriapohjaksi hankittiin tutkittua tietoa erilaisilla tiedonhakuohjelmilla (Medic, Cinahl) sekä etsittiin tietoa hoitoalan kirjallisuudesta. Muuna aineistonkeruumenetelmänä on käytetty teemahaastattelua.

7.1 Projektin aikataulu

Opinnäytetyön suunnittelu aloitettiin lokakuussa 2012. Tiedon kerääminen alkoi joulukuussa 2012. Toimintasuunnitelman tuli valmistua tammikuun 2013 loppuun mennessä. Haastatteluille aikarajaksi asetettiin helmi-maaliskuun vaihde. Sisällön analyysien tuli olla valmiit maaliskuun puolessa välissä. Projektin tuli olla täysin valmis huhtikuun 2013 puoleen väliin mennessä.

7.2 Aineistonkeruuna teemahaastattelu

Teemahaastattelussa on haastattelulle asetettu aihepiirit, joista keskustellaan eli teemat ovat tiedossa. Kysymysten järjestys sekä tarkka muoto puuttuvat. Teemahaastattelu vastaa hyvin monia kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen lähtökohtia, joskaan se ei yksinomaan ole kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmä vaan on käytössä myös kvantitatiivisissa tutkimuksissa. Teemahaastattelulla saatua aineistoa voidaan saattaa tilastollisen analyysin edellyttämään muotoon, siitä voidaan laskea frekvenssejä ja tuloksia voidaan tulkita ja analysoida monin eri tavoin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 197.)

Haastattelun voi toteuttaa ryhmähaastatteluna, parihaastatteluna tai yksilöhaastatteluna, joka on haastattelumuodoista tavallisin. Tutkija pohtii haastattelutavan haastateltaville ja tutkimuksen aiheelle sopien. Haastattelun kesto vaihtelee ja haastattelijan onkin varauduttava niin puheliaisiin kuin niukkasanaisiin haastattelutaviin. (Hirsjärvi ym. 2004, 199-200.)

Tässä opinnäytetyössä on käytetty aineiston keruumenetelmänä teemahaastattelua, joka on toteutettu yksilöhaastatteluna. Teemahaastattelu palvelee työtä parhaiten, koska haastateltavat saavat vapaasti kertoa aihealueittain valikoiduista teemoista. Tietoa teemahaastattelulla saa paljon ja syvällisesti, ja asioiden edetessä tarkentaville lisäkysymyksille oli tilaa.

Teemahaastattelun tarkoituksena oli selvittää nykyinen tilanne tarkistusten suhteen leikkaussalissa sektion aikana. Lisäksi on pyritty selvittämään millaisia ongelmia oli sektion aikana ilmennyt. Pääasiana oli saada vastauksia, siihen millainen on tulevan sektion tarkistuslistan sisältö sekä jaottelu.

Haastattelut toteutettiin helmi-maaliskuussa 2013. Opinnäytetyöhön on haasteltu eri asiantuntijoita: gynekologia, anestesiologia, instrumenttihoitajaa, anestesiahoitajaa, kahta synnytyssalin kätilöä sekä heräämöhoitajaa. Haastatteluista sovittiin etukäteen haastateltavien kanssa ja he olivat mukana vapaaehtoisesti. Yksi haastattelu kesti puolesta tunnista tuntiin. Osa haastateltavista oli saanut teemahaastattelun rungon etukäteen.

Kaikki haastattelut nauhoitettiin, jonka jälkeen ne litteroitiin eli puhtaaksi kirjoitettiin kaikki asiat Microsoft Word -ohjelmalla.

7.3 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysia käytetään useissa eri kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen menetelmissä. Se on aineistojen perusanalyysimenetelmä, jonka avulla on mahdollista analysoida erilaisia aineistoja ja samalla kuvata niitä. Tätä analysointimenetelmää käytetään paljon hoitotieteen tutkimusten aineistojen analysoinneissa. Sisällönanalyysin tavoitteena on tiivistää aineistoa, mutta esittää se silti laajasti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 133-134.)

Sisällönanalyysia tehtäessä tutkija joutuu ajattelemaan itse ja miettimään miten esittää tutkimustulokset. Induktiivinen sisällönanalyysi tarkoittaa aineistolähtöistä analyysimenetelmää, jossa luokitellaan sanoja niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Analysointiin kuuluu pelkistäminen, ryhmittely sekä abstrahointi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135.)

Ensin saatu aineisto litteroidaan eli kirjoitetaan puhtaaksi. Litteroinnin jälkeen alkaa valmisteluvaihe jolloin valitaan analyysiyksikkö. Se voi olla yksittäinen sana, lause, ajatuskokonaisuus tai teema. Aineisto pelkistetään alkuperäisilmausten avulla ja luokitellaan eri kategorioihin. Samaa merkitsevät sanat, lauseet tai teemat yhdistetään kategorioiksi, jolloin muodostuu ylä- ja alakategorioita. Tämän jälkeen tuloksia voi tulkita kategorioittain. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 136-137.)

Haastatteluiden puhtaaksi kirjoituksen jälkeen sanasta sanaan, kerättiin alkupe-
räisilmauksia eri kategorioihin samankaltaisuuksiensa pohjalta. Murteella ja pu-
hekielellä sanotut ilmaukset muutettiin kirjakieleksi. Aineistosta muodostui pää-
luokkia sekä alaluokkia, jotka tulkittiin ja eriteltiin haluttuihin tietoihin. Tuotok-
sen eli sektiosalin tarkistuslistan tietopohjana on käytetty haastatteluiden ana-
lysoinnista saatuja tuloksia.

8 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä luvussa esitellään projektin tuloksia, jotka on saatu induktiivisella sisällön analyysillä. Tulokset on jaettu eri kategorioihin haastattelun teemojen mukaisesti. Pääluokat ovat **nykytilanne**, **ongelmat** sekä **tarkistuslista**. **Nykytilanne** kertoo tutkimuksen tuloksista tämänhetkisistä käytännöistä ja sektion aikaisista tarkistuksista. **Sektiosalissa ilmenneitä ongelmia** käsittelevät ongelmia ja epäselvyyksiä sektioiden aikana. Viimeisessä osiossa käsitellään vastauksia ja tuloksia **tarkistuslistan** jaotteluun ja sisältöön liittyen. Nykytilanteen alaluokat ovat yleistä toiminnasta, tarkistuslistan käyttö sekä muu tarkistaminen. Ongelmien alaluokat ovat raportointi, näytteenotto sekä muut ongelmat ja epäselvyydet. Tarkistuslistan alaluokiksi muotoutuivat tarkistuslistan jaottelu sekä tarkistuslistan sisältö.

8.1 Nykytilanne

Seuraavassa on eritelty tämänhetkistä tilannetta ja toimintaa leikkaussalissa sektion ympärillä. Tutkimuksessa tuli myös paljon tietoa yleisesti sektiosta sekä välttämättömistä tarkistuksista ennen varsinaista sektiota ja potilaan saapumista leikkaussaliin.

8.1.1 Yleistä toiminnasta

Tutkimuksessa kävi ilmi, että sektioon tulevat potilaat ovat hyvin erilainen potilaskategoria kuin muut. Riippuen onko sektio suunniteltu vai päivystyksellinen, toiminta on hieman erilaista. Tulosten mukaan tiimin jäsenten työtehtävien tulee olla selvillä. Kätilö on ulkopuolinen leikkaustiimin jäsen, jonka pääasiallinen tehtävä on lapsesta huolehtiminen. Kätilön tehtävä on ottaa vauva vastaan ja tarkkaila sitä. Tarkistuslistan osalta hän on mukana vain alussa. Vastuu leikkauksesta on leikkaussalin henkilökunnalla.

8.1.2 Tarkistuslistan käyttö

Haastatteluista saaduista vastauksista selvisi, että tarkistuslistan läpikäyminen sektioissa on ajoittaista sekä osaksi vaillinaista. Haastateltavien mukaan sektion aikana käytetään WHO:n pohjalta suomennettua yleistä tarkistuslistaa, joka on kaikis-

sa leikkaussaleissa, joko täsmällisesti, puolittain tai ei ollenkaan. Tilanteessa, jossa tarkistuslistaa ei käydä systemaattisesti läpi, tiimin jäsenet tarkistavat itse omat alueensa. Hätäsektion aikana tarkistuslistaa ei käydä läpi, paitsi potilaan tunnistuksen osalta, jolloin kätilön luotetaan tuovan oikeaa potilasta leikkaukseen.

Tarkistuslistan ollessa käytössä asiat käydään läpi listan mukaan; alkutarkistuksen, ennen viiltoa tehtävien tarkistusten sekä lopputarkistuksen osalta. Kätilö on mukana vain alkutarkistuksen raportinannossa, jonka tulisi olla lyhyt ja ytimekäs. Kätilö poistuu leikkaussalista tarkistamaan lasten elvytyspöydän käyttökuntoa. Tarkistukset jatkuvat leikkaustiimin muiden jäsenten osalta.

8.1.3 Muu tarkistaminen

Osa haastatteluissa saaduista tiedoista koskivat tarkistuksia ennen varsinaista sektiota ja potilaan tuloa saliin; tarkistuskohdia varsinaisen käytössä olevan tarkistuslistan ulkopuolelta. Näitä asioita olivat laitteiden tarkistusten tärkeys, kuten lasten elvytyspöydän ja imulaitteiden tarkistus. Tärkeimpänä asiana tuli muistaa lasten elvytyspöydän lämmityksen päälle laittaminen. Sektiossa käytettävien lääkkeiden tulisi olla valmiina. Tutkimuksessa tuli ilmi myös muita tarkistettavia asioita, kuten se, että anestesiakaavake on lähellä, leikkaustason tuet ovat paikoillaan, leikkausvalo kohdillaan sekä sektiokorit valmiina. Kätilön lähtiessä salista tuli hänen muistaa ottaa mukaan istukka sekä verinäytteet.

8.2 Sektiosalissa ilmenneitä ongelmia

Seuraavassa on eritelty tuloksessa ilmenneitä ongelmia. Tuloksista tuli ilmi, että ongelmia oli ilmennyt lähinnä vain kiireellisten ja hätäsektioiden aikana. Kuitenkin haastatteluissa nousi esiin epäselvyydet raportoinnin ja näytteenoton kohdalla.

8.2.1 Raportointi

Tulokset osoittavat raportointivaiheen olevan yhden tärkeimmistä tilanteista alkutarkistuksen yhteydessä. Haastatteluissa painotettiin kuuntelemisen taidon tärkeyttä. Raportin tulisi olla lyhyt ja tarkka ja se tulisi antaa kuuluvalla äänellä, niin että sekä anestesiahoitaja että instrumenttihoitaja kuulisivat sen. Raportoinnissa on

molemmille puolille kuuluvia asioita. Tiedossa tulisi myös olla kenelle raportti annetaan. Raportin vastaanottajan tulisi ilmoittaa, että ottaa raportin vastaan, jolloin voi kuuntelemisen lomassa tehdä omia töitään.

8.2.2 Näytteenotto

Erilaiset ongelmat nousivat esiin sektion aikaisten näytteiden ottamisen kohdalla. Ongelmana oli ollut epätietoisuus siitä, kuka näytteenoton suorittaa, missä vaiheessa, miten näytteet otetaan sekä kuinka paljon näytettä tulee olla. Tulosten mukaan Astrup-näytteet ottaa gynekologi ja TSH-näytteen ottaa valvova sairaanhoitaja. Äidin ollessa Rh-negatiivinen tulee varata toinenkin näyteputki vastainenäytettä varten. Vastasyntyneen lapsen tietojen vieminen tietokoneohjelmaan on edellytys sille, että verinäytelähete laboratorioon voidaan tehdä. Kätilön tehtävänä on ottaa näytteet mukaansa.

8.2.3 Muut ongelmat sekä epäselvyydet

Osa haastateltavista ei osannut eritellä olleita ongelmia tai epäselvyyksiä tai he eivät olleet kokeneet niitä olleen ollenkaan. Päivystyksellisiin sektioihin voi liittyä erinäisiä ongelmia.

8.3 Tarkistuslista

Seuraavassa on käsitelty tuloksia tarkistuslistan jaottelusta sekä sisällöstä. Tarkistuslista sektiosaliin on koottu tutkimustulosten pohjalta.

8.3.1 Tarkistuslistan jaottelu

Haastateltavat olivat lähes yksimielisiä siitä, että sektiosalin tarkistuslistan tulisi olla saman kaavan mukainen kuin jo olemassa oleva leikkaussalin tarkistuslista. Perusteena tälle oli se, että käytössä oleva tarkistuslista on jo tullut tutuksi eikä ole hyvä jos on monta erilaista listaa. Nykyinen malli palvelee koko tiimiä. Vain yksi haastateltavista ehdotti tarkistuslistaa työtehtävien mukaan, koska hänen mukaansa kaikilla on erilaiset, omat roolit, joiden mukaan toimitaan ja näiden roolien pitää pysyä.

8.3.2 Tarkistuslistan sisältö

Tutkimuksen tuloksista selvisi, että suuria muutoksia nykyiseen käytössä olevaan tarkistuslistaan ei tarvita. Leikkaustiimin tarkistuslistassa on huomioitu kaikki oleellinen tieto, joka leikkaukseen tulevan potilaan osalta tulee tarkistaa. Moni tutkimuksessa esiin tullut asia koski tarkistuksia ennen leikkausta sekä tarkistuksia koskien vastasyntynyttä lasta.

Haastateltavien mukaan tärkeitä asioita sektion tarkistuslistaan olivat muun muassa alkuraportoinnin tärkeys sekä näytteidenotto. Tietokoneen tulisi olla päällä ja leikkaava lääkäri tulisi olla kaikilla tiedossa. Tulisi tietää miksi sektio tehdään ja montako lasta odotetaan syntyvän. Ennen viiltoa tulisi tarkistaa toimiiko puudutus. Napanuoran katkaisu tulisi tapahtua minuutin päästä lapsen syntymästä, joten kellottaja tulisi olla tiedossa. Muita ehdotettuja lisäyksiä olivat mahdollisten lääkkeiden antaminen kuten antibiootin, Bicitrin sekä Klexanen. Tutkimuksen perusteella nykyisestä tarkistuslistasta voitaisiin poistaa radiologiset kuvat, leikkausalue/puoli sekä nimet/tehtävät tiedossa.

9 SEKTION TARKISTUSLISTAN TUOTTAMINEN

Sektiosalin tarkistuslistan suunnittelu alkoi haastattelun purulla ja sen analysoinnilla. Aineistoa kerääntyi paljon. Eriävien mielipiteiden kohdalla toimittiin enemmistön toiveiden mukaisesti. Nopeasti alkoi hahmottua kuva siitä, miten nykyisen tarkistuslistan sisältö tulisi muuttumaan ja mitä siihen voisi mahdollisesti lisätä ja siitä poistaa.

Tuotos koottiin täysin haastatteluista saatujen tietojen ja ehdotusten pohjalta. Seuraavassa vaiheessa, tarkistuslistan ensimmäisen version valmistuttua, siitä pyydettiin kommentteja. Tuotosta näytettiin osalle haastattelemistani asiantuntijoista sekä keskusteltiin sisällöstä leikkaussalin osastonhoitajien kanssa. Tarkoituksena oli saada ehdotuksia mahdollisille muutoksille sekä hyväksyntä työlle.

Palaute osastonhoitajilta oli positiivista. Leikkausosaston osastonhoitajat hyväksyivät tuotoksen ja sovittiin, että se esitellään leikkausosaston henkilökunnalle huhtikuun 2013 lopussa. Tämä edesauttaisi tarkistuslistan käyttöönottoa. Leikkausosasto sai sektiosalin tarkistuslistan sähköisessä muodossa, jotta sitä voidaan tarvittaessa muokata. Sektion tarkistuslista on työssä liitteenä.

10 POHDINTA

Opinnäytetyön tehtävänä oli saada vastauksia koskien nykyhetken toimintaa sektioiden aikana, hyvän tarkistuslistan sisältöä sekä selvittää millainen on sektiosalin tarkistuslista. Teemahaastattelemalla leikkaussalin ja synnytyssalin asiantuntijoita saatiin vastaukset tutkimustehtäviin. Työn tarkoitus myös täyttyi, koska tuotos, Tarkistuslista sektiosaliin valmistui.

Nelikenttäanalyysissäni toin esiin uhkina ja heikkouksina ajan puutteen sekä aikataulujen pettämisen, joka onnekseni ei aiheuttanut työskentelylleni ongelmia, vaan pysyin melko hyvin aikataulussani. Myös haastattelujen onnistuminen kaikin puolin oli uhka työn etenemiselle. Kuitenkin aikataulut saatiin hienosti sovitettua yhteen ja haastateltavat olivat tosissaan ja sain heiltä paljon hyvää tietoa.

Vahvuuksia ja mahdollisuuksia nelikenttäanalyysissäni erittelin omien henkilökohtaisen asioiden mukaan sekä ulkoisten seikkojen mukaan. Oma motivaatio oli iso osa työskentelyä, joka toi mielekkyyttä prosessin työstämiseen. Tavoiteltavia päämääriä oli potilasturvallisuuden lisääntyminen, tiimityöskentelyn vahvistuminen sekä tarkistuslistan hyödynnettävyys käytännössä. Nämä seikat jäävät vielä avoimiksi, koska tämän opinnäytetyön pohdintaa kirjoittaessa ei ollut vielä varmistettuna tarkistuslistan hyödynnettävyys ja tulokset sen käytöstä.

10.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyölle on hankittu tarvittavat tutkimusluvut ja työ on raportoitu Vaasan ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti. Opinnäytetyössä käytetty kirjallisuus ja muu tieteellinen aineisto on luotettavista lähteistä hankittua sekä tuoretta. Ajantasainen aineistoni on hankittu myös suurilta osin tunnettuja lähteitä, kuten STM, WHO, THL hyväksi käyttäen. Haastateltavat osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti ja heitä ei mainita nimeltä työssäni. Haastateltavinani toimivat eri hoitotyön ammattialojen asiantuntijat, joka lisää opinnäytetyöni luotettavuutta.

10.2 Opinnäytetyön prosessin arviointi

Prosessina opinnäytetyöni tekeminen onnistui luultua paremmin. Alkuun pääsyn vaikeuden voitettua, pääsin hyvään vauhtiin työni kanssa. Erilaiset tarkistuslistat ovat ajankohtaisia ja aiheesta löytyi tietoa sekä kotimaisista että ulkomaisista lähteistä. Tiedon lisääntyminen kasvatti motivaatiani. Teoriaosuuden olen mielestäni saanut kasattua kattavaksi paketiksi. Tieto siitä, ettei opinnäytetyössäni saa mainita yhteistyökumppaneitani hämmensi ensin työskentelyäni, mutta jatkoin kuitenkin projektiani ja asiat selkiytyivät miten minun tulee menetellä.

Monen haastattelun järjestäminen jännitti aikataulujen ja yleisen onnistumisen puolesta, mutta ne sujuivat odotettua paremmin. Epäselvyydestä johtuen ei jokainen ollut saanut tutustua haastattelurunkoon edeltävästi, mutta he eivät kokeneet sitä haitallisena. Oman aikataulun suunnittelu oli avainasemassa työni etenemisen kannalta. Pieni viivästys loppuvaiheessa ei ollut haitaksi.

Mielestäni potilasturvallisuus on tärkeä osa hoitotyötä. Sen kehittäminen ja edistäminen ovat osa hyvää hoitoa. Potilasturvallisuuden parantamiseksi onkin monessa monia hankkeita ympäri maailmaa. Erilaiset tarkistuslistat ovat yksi työväline potilasturvallisuuden lisäämiseksi. Aiheen ajankohtaisuus lisäsi työskentelyn mielekkyyttä.

Teemahaastattelujen tekeminen oli kiintoisaa. Kaikki haastateltavani edustivat eri hoitotyön ammattialaa, joka toi erilaisia näkökulmia vastauksiin. Analysointivaihe oli mielenkiintoista ja samalla aikaa vievää. Tietoa tuli paljon myös kysymysten vierestä ja varsinaisen tarkistuslistan ulkopuolelta, joka toi haasteita tuotokseni kokoamiseen. Enemmistön mukaan pohjana tarkistuslistalle tuli olla jo olemassa oleva leikkaustiimin tarkistuslista, perusteenaan sen tuttuus ja salien käytäntöjen yhdenmukaisuus, joka oli mielestäni järkevää.

Opinnäytetyön esittely toteutettiin huhtikuun loppupuolella leikkaus- ja anestesiaosaston henkilökunnalle. Yleisen keskustelun puitteissa tehtiin vielä muutama muutos työhön.

Opinnäytetyöprojektini oli mielestäni kaikin puolin mielenkiintoinen ja onnistunut. Omat tavoitteeni tiedon lisäämisestä perioperatiivisena sairaanhoitajana sekä kehittymisestä projektityön tekijänä täyttyivät. Olen koonnut sektiosalin tarkistuslistan parhaani mukaan haastatteluista saatujen vastauksien pohjalta. Mielestäni tuotokseni on tarpeellinen ja käyttökelpoinen. Samaan aikaan opinnäytetyön kirjoitusprosessin kanssa sattui työharjoittelujakso, jota pystyin hyödyntämään työtä pohtiessani, koska pääsin mukaan keisarileikkauksiin näkemään miten leikkaustiimi käytännössä toimii. Mielenkiinnolla jään odottamaan tietoa siitä, onko tarkistuslistani otettu käyttöön ja minkälaisia kokemuksia siitä on ollut hoitohenkilökunnalla.

10.3Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimusaiheena voisi laajentaa tarkistusten tekoa sektioäidin koko hoitopolusta. Ensitarkistukset voisi tehdä vuodeosastolla ennen leikkaussaliin siirtymistä, esimerkiksi esihaastattelulle voisi olla jonkinlainen tarkistuslista. Yhtenä jatkotutkimusaiheena voisi tehdä postoperatiivisen tarkistuslistan vaiheeseen jolloin siirtyään leikkaussalista heräämään. Heräämöstä takaisin osastolle siirryttäessä voisi tarkistaa täyttyykö siirtokriteerit sekä kotiutumisvaiheen tarkistukset.

Jatkotutkimuksena voisi myös selvittää tekemäni sektiosalin tarkistuslistan käyttöönoton sujuvuutta ja käytön tuloksia, ovatko pitkäaikaiset tavoitteet täyttyneet.

LÄHTEET

- Eskola, K. & Hytönen, E. 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. Helsinki. WSOY.
- European Commission. Public health. Patient safety. 2013. Viitattu 13.3.2013.
http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_en.htm
- Fellman, V. & Järvenpää, A-L. 2013. Vastasyntynyt. Therapia Fennica. Viitattu 22.3.2013. <http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vastasyntynyt>
- Hautaniemi, S., Ilola, T., Linden, H. & Suovanen, H. 2010. Anestesiahoitotyö synnytysosastolla. Spirium. 45, 2, 18- 22.
- Haynes, A., Weiser, T., Berry, W., Lipsitz, S., Breizat, A-H., Dellinger, P., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P., Carmela, M., Merry, A., Moorthy, K., Reznick, R., Taylor, B & Gawande, A. 2009. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. NEJM- The New England Journal of Medicine; 360:491-499. Viitattu 15.3.2013.
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0810119#t=articleTop>
- HUS 2013. HUSLAB- Tutkimusohjekirja. Verikaasuanalyysi. Viitattu 22.3.2013.
http://huslab.fi/cgi-bin/ohjekirja/tt_show.exe?assay=3647&terms=verikaasuanalyysi
- Ikonen, T.S. & Pauniahho, S-L. 2010. Leikkaustiimin tarkistuslista. Finnanest. 43, 2, 108-111.
- Kangasmäki, E. 2010. Leikkaustiimin tarkistuslista lisää potilasturvallisuutta. Sairaanhoidaja. 83, 11-16.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOYpro Oy.
- Kymäläinen, M. 2009. Turvallinen kirurgia säästää ihmishenkiä- tarkistuslista leikkaussaleihin. Spirium. 44, 3, 4-5.
- Kähkönen, J. 2011. Hätäsektioanestesia-ketjujen rasvausta? Spirium. 46, 4, 6-8.
- Käypä hoito 2011. Elvytys (vastasyntynyt). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Perinatologisen seuran Suomen Neonatologit -alajaoksen asettama työryhmä. Viitattu 22.3.2013.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50065?hakusana=vastasyntynyt>
- Laisalmi-Kokki, M. 2009. Keisarileikkauksen anestesia. Spirium; 44, 12-15.
- L30.12.2010/1326. Terveystieteiden lakien muuttaminen. Viitattu 15.3.2013. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Niemi-Murola, L. & Mäntyranta, T. 2011. Potilasturvallisuus on yhteinen asiaamme. *Finnanest*; 44, 1, 21.

Opetushallitus 2013. Menetelmiä ja työvälineitä. SWOT-analyysi. Viitattu 3.2.2013. http://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbl-toi/menetelmia_ja_tyovalineita/swot-analyysi

Pesonen, E. 2011. Tarkistuslistan vaikutus potilasturvallisuuteen. *Finnanest*. 44, 1, 18-20.

Sarvela, J. & Volmanen, P. 2012. Synnytyskipu- anestesia- ja leikkauksen opas potilaalle. *Duodecim*. Viitattu 12.3.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00904

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Opas leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöön. Viitattu 15.3.2013. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/3f50e159-ab8e-44d8-9cd7-b03447e51dfe>

THL 2011. Potilasturvallisuusopas- potilasturvallisuuslainsäädännön ja –strategian tueksi. Viitattu 15.3.2013. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/b6783c8b-f465-403b-85f7-90f92f4c971f>

THL 2013 a. Potilasturvallisuutta taidolla. Mitä on potilasturvallisuus. Viitattu 13.3.2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/mita-on-potilasturvallisuus

THL 2013 b. Potilasturvallisuutta taidolla. Poster: Onnistunut leikkaustiimin tarkistuslista. Viitattu 18.3.2013. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/38a30a50-f34c-4b1b-b9cf-07535b39d71b>

Uotila, J. 2009. Synnytysoperaatiot. Teoksessa *Kätilötyö*, 490-499. Toim. Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä. Helsinki. Edita.

Uotila, J. & Tuimala, R. 2011. Synnytysoperaatiot. Teoksessa *Naistentaudit ja synnytykset*, 472- 473. Toim. Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. *Duodecim*.

Vierula, H. 2011. Napanuoraa ei kannata katkaista heti. *Lääkärilehti*. Viitattu 22.3.2013. http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=11280/type=1

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki. Tammi.

WHO. Patient safety curriculum guide. Patient safety definitions. 2013. Viitattu 13.3.2013. http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/course1a_handout.pdf

Teemahaastattelun runko

- 1. Miten toimitte tällä hetkellä sektion aikana? Millainen tarkistus?**
- 2. Millaisia ongelmia / epäselvyyksiä on sektion aikana ilmennyt?**
- 3. Tarkistuslistan sisältö ja jaottelu:**

- a. MUKAILLEN JO OLEMASSA OLEVAA**

TARKISTUSLISTAA:

Alkutarkistus, ennen viiltoa, lopputarkistus

Mitä lisäyksiä? Kätilöltä esitiedot?

Mitä mahdollisesti pois?

- b. TYÖTEHTÄVIEN MUKAAN:**

Anestesiahoitajan, instrumenttihoitajan, valvovan sairaanhoitajan, kätilön, anestesiologin sekä gynekologin työtehtävät

- 4. Millainen on lopullinen tarkistuslista?**

(esim. laminoitu taulu leikkaussalin seinällä ja anestesiapöydällä)

TARKISTUSLISTA SEKTIOSALIIN

4/2013 Jaana Sand

ALKUTARKISTUS	TARKISTUS ENNEN VIILTOA	LOPPUTARKISTUS
<ul style="list-style-type: none"> Ennen anestesian aloitusta 	<ul style="list-style-type: none"> "Aikalisä" 	<ul style="list-style-type: none"> Ennen kirurgin poistumista
<ul style="list-style-type: none"> Elvytyshuoneessa: Lasten elvytyslääkkeet paikalla, elvytuspöydässä lämpö päällä, Imu, hapetus + intub.välineet toimintakunnossa LESU:lla ja OIS:lla oikean potilaan tiedot auki, hoitaja vahvistaa Kätilö antaa raportin ah:lle ääneen Henkilöllisyys varmistettu Anestesiavalmius vahvistettu <ul style="list-style-type: none"> ASA-luokka Paino ja pituus Perussairaudet ja peruslääkkeet Proteesit on / ei ole Leikkausta edeltävä lääkitys / ei tarvetta Veren hyyttymiseen vaikuttava lääkitys / ei tarvetta Laboratoriovastaukset / ei tarvetta Onko äiti Rh-negatiivinen? Allergiat Monitorointi Vaikea hengitystie / aspiraation vaara <ul style="list-style-type: none"> On / ei ole Onko saanut Bicitrana AH:n työlistavalmistelut OK Verenvuotoriski 	<ul style="list-style-type: none"> Nimet ja tehtävät tiedossa Leikkauspuolen työlistojen mukaiset valmistelut OK <ul style="list-style-type: none"> Proteesit ja implantit huomioitu Antibioottiprofylaksia <ul style="list-style-type: none"> Annettu / ei tarvita Kriittiset tekijät huomioitu ja kerrottu Leikkaava lääkäri: Leikkauksen kriittiset vaiheet, rutiinista poikkeavat suunnitelmat Anestesiologi / hoitaja: Eriyiset potilaskohtaiset huolenaiheet Napanuoran katkaisu minuutin kuluttua syntymästä, jos lapsi on hyväkuntoinen Lapsen syntymäaika, sukupuoli, istukan ulostuloaika Kaksosraskaus/monikkoraskaus Napanuoran tunnistusmerkintä 	<p>Hoitajat vahvistavat ääneen, että:</p> <ul style="list-style-type: none"> Instrumentit, taitokset ja neulat laskettu ja täsmäävät Diagnoosi, toimenpiteen nimi ja koodit kirjattu, OIS täytetty Jatkohoito-ohjeet annettu ja kirjattu <ul style="list-style-type: none"> Antibiootti? Klexane? Näytteet <ul style="list-style-type: none"> Gynekologi ottaa: Astrup (vena + arteria) TSH istukasta (ruskeakorkkinen näyteputki täyteen) Vasta-ainenäyte otetaan RH-negatiivisilta äideiltä (lilakorkkinen putki täyteen) Istukka + näytteet kätilön mukaan Välineistöongelmat huomioitu <ul style="list-style-type: none"> Valvova sairaanhoitaja vahvistaa, että mahdolliset korjausta tarvitsevat välineistöä koskevat ongelmat on huomioitu Ei ongelmia

Opinnäytetyö: Tarkistuslista sektiosaliin